

La lipomatose symétrique multinodulaire aiguë.

A propos d'une observation inédite

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1940

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri JACQUIS

Interne des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 17 Février 1903, à ROANNE (Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1940

La lipomatose symétrique
multinodulaire aiguë
A propos d'une observation inédite



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1940-1941 — N° 19

La lipomatose symétrique multinodulaire aiguë.

A propos d'une observation inédite

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1940

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri JACQUIS

Interne des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 17 Février 1903, à ROANNE (Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1940

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....
Doyen
Assesseur

M. L. HUGOUNENQ.
M. J. LEPINE.
M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET
BERARD, COURMONT, GUIART, PIERY

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....
Cliniques chirurgicales.....
Clinique obstétricale et Accouchements.....
Clinique ophtalmologique
Clinique dermatologique et syphiligraphique.....
Clinique neurologique et psychiatrique.....
Clinique médicale infantile
Clinique gynécologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....
Clinique des maladies infectieuses.....
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....
Chimie biologique et médicale.....
Chimie organique et Toxicologie.....
Matière médicale et Botanique.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Anatomie
Histologie
Physiologie
Pathologie interne.....
Pathologie générale et thérapeutique.....
Anatomie pathologique.....
Chirurgie opératoire.....
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....
Médecine légale.....
Hygiène
Pharmacie et Pharmacologie.....
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....

MM. FROMENT.
SAVY.
PATEL.
LERICHE (En mission)
VORON.
BONNET.
FAVRE
LEPINE (J.).
MOURIQUAND.
COTTE.
REBATTU.
CIBERT.
TAVERNIER.
X : :
J. CHALIER
PONTIUS.
FLORENCE.
MOREL.
MANCEAU.
X...
LATARJET.
POLICARD.
HERMANN.
CORDIER.
CADE.
J.-F. MARTIN.
SANTY.
ARLOING (F.).
MAZEL.
ROCHAIX.
LEULIER
X...

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....
Chargé d'un cours d'Embryologie.....

MM. THEVENOT (Léon).
NOEL.

AGREGES

MM.
GABRIELLE
CHAMBON
REVOL
ENSELME
SEDALLIAN
CREYSEL
DE ROUGEMONT

MM.
P. RAVAUULT
PIGEAUD
CROIZAT
DELORE
JOSSEMAND
MORIN
BERTRAND

MM.
CLAVEL
LEVRAT
BANSILLON
MALLET-GUY
ROMAN
PEYCELON
JOURDAN

MM
FROMMENT (R.).
MARTIN (P.-E.).
MOUNIER-KUHN
BROUSSY
PIFFAULT

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. CHALIER J. *Président*; DEVIC, *Assesseur*.
DUMAS et FROMENT R.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALIER

Le semestre que nous avons passé auprès de lui à la Croix-Rousse compte parmi les meilleurs. Nous avons admiré sa maîtrise clinique et beaucoup apprécié son enseignement précis et marqué de bon sens. Nous avons aimé l'atmosphère de travail et de gaieté, de collaboration confiante qu'avec sa bienveillance souriante il faisait régner dans son service. Il a bien voulu nous témoigner une sympathie dont il nous donne encore une marque en nous faisant le grand honneur d'accepter la présidence de notre Thèse.

Qu'il trouve ici un faible témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A NOTRE MAÎTRE ET PROFESSEUR AGRÉGÉ DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

Médecin des Hôpitaux

Nous avons eu le bonheur, pendant notre dernier semestre d'internat, de bénéficier de son enseignement vivant et précis. En nous initiant aux diagnostics délicats de neurologie, son indulgente bienveillance ne s'est jamais démentie. Il a bien voulu nous inspirer un sujet pour cette thèse que les circonstances exigeaient rapide, nous aider de ses conseils et nous faire le grand honneur d'être notre juge. Nous le prions d'excuser la modestie de ce travail et de croire à notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMAS

Médecin honoraire des Hôpitaux

Du semestre déjà lointain où dans son service nous prenions contact avec la cardiologie, nous gardons le meilleur souvenir. Il fut pour nous un Maître dont la science éminente savait s'allier à la bonté et à la simplicité.

Nous sommes heureux de l'avoir pour juge et l'assurons de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. FROMENT

Médecin des Hôpitaux

Son enthousiasme et son brillant enseignement que nous n'avons eu que trop rarement l'occasion d'apprécier nous font regretter de n'avoir pu être son élève. Il nous a montré à maintes reprises une sympathie qu'il manifeste encore en voulant bien accepter de faire partie de notre jury de thèse. Nous lui en sommes très sincèrement reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER

Médecin des Hôpitaux

Nous avons été son interne pendant trois mois au Perron. C'est avec plaisir que nous avons retrouvé à l'Antiquaille le charme de son enseignement si brillant. Il nous a accueilli avec cette affectueuse cordialité qui créait une atmosphère familiale dans son service. Nous sommes heureux de lui renouveler respectueusement l'assurance de notre dévouement et de notre bien vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAGEZE

Médecin des Hôpitaux

Il a bien voulu nous recevoir dans sa conférence de médicament et au cours d'agréables soirées nous faire bénéficier de son expérience et de la clarté de son esprit. Nous ne saurions trop l'en remercier et le prions de trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT

Médecin de l'Hôpital Renée-Sabran

Nous avons appris beaucoup dans ce service de médecine de Renée-Sabran qui est son œuvre et où nous avons pu apprécier son sens clinique. Il connaît les droits qu'il s'est acquis à notre gratitude et les deux semestres que nous avons passés à Giens auprès de lui ont tellement compté dans notre vie que nous lui demandons de le considérer comme un Maître et un Ami.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD
MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMAS
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALIER
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT
MONSIEUR LE DOCTEUR H. GARDERE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT
MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER
MONSIEUR LE DOCTEUR DESJACQUES
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

La lipomatose symétrique multinodulaire aiguë A propos d'une observation inédite

INTRODUCTION

En mars 1939, entrant dans le Service de Neurologie des Hôpitaux de Lyon, un malade présentant un cas typique de lipomatose symétrique, multinodulaire aiguë. Notre Maître, Monsieur le Docteur Devic, a bien voulu nous en confier l'observation pour faire l'objet de ce travail.

La lipomatose symétrique, multinodulaire, est caractérisée par la présence dans le tissu cellulaire sous-cutané, de masses mobiles, symétriques par rapport à la ligne médiane, bien limitées, rémittentes, en général indolentes, et qui, au point de vue histologique, sont des lipomes, dont elles ont l'évolution bénigne. Cette évolution est ordinairement chronique et très lente.

Il a été signalé cependant, très rarement, des lipomatoses symétriques aiguës. En 1937, Gerofsky, dans sa thèse, n'en trouvait que 14 cas dans la littérature. Celui que nous présentons est, croyons-nous, le premier cas lyonnais.

Après une étude *historique*, qui nous permettra

d'avoir une vue d'ensemble de la question, et de situer notre observation, nous allons rapporter celle-ci. Puis, à la lumière de cette *observation*, reprendre les différentes théories étiologiques et *pathogéniques* proposées pour voir si nous n'apportons pas un élément nouveau capable d'aider à la solution du problème. La discussion du *diagnostic*, qui, en pratique, ne se pose guère, aura surtout pour but de bien mettre à sa véritable place, parmi les autres adiposes, la lipomatose symétrique. Enfin, nous terminerons par quelques considérations rapides sur le pronostic et le traitement.

HISTORIQUE

Depuis Brodié, qui, en 1846, décrivit le premier cas de lipomatose symétrique, Hugier, qui en 1855, en présenta un autre cas à la Société de Chirurgie de Paris, de nombreuses observations vinrent permettre de ne plus considérer cette affection comme exceptionnelle. En effet, après les publications de Foucher (1863), Darbez (1868), Lancereau (1879), Sénac (1884), Mathieu (1885), Boucher (1889), Bucquoy (1891), en France; de Williams, Mac Cormac (1884), Baker et Bowlby (1886), en Angleterre; Bryk (1874), Madelung (1888), en Allemagne..., Dieulafoy pouvait en 1908 citer une centaine de cas connus, nombre qui s'accrut d'ailleurs beaucoup par la suite.

En 1905, Queinnec et Crémieu, font la synthèse des observations publiées jusqu'alors, et individualisent ce qu'ils appellent la lipomatose symétrique multiple circonscrite, caractérisée par la présence de nombreux lipomes, nettement limités du tissu cellulaire qui les entoure, mobiles et répartis symétriquement de part et d'autre de la ligne médiane. En 1908, Roch propose de remplacer cette appellation par celle de *lipomatose symétrique multinodulaire*, terme qui a prévalu depuis. Roch insiste, cependant, sur la discrétion de la lipomatose, ce qui n'est pas toujours exact, car nom-

breux sont les cas où les lipomes sont très volumineux. La qualification de mésosomatique, que Léri ajoute à la définition en 1929, est peut-être aussi trop exclusive, car la lipomatose n'est pas toujours localisée à la partie moyenne du corps.

A côté de cette forme circonscrite, d'autres auteurs décrivent des *formes diffuses*, où les différents éléments lipomateux ne sont pas aussi nettement délimités du tissu cellulaire environnant. Madelung, en 1888, observe et décrit le « cou grasseyé » (Fetthals), qui diffère peu de ce que en 1898 Launois et Bensaude appellent l'*adénolipomatose symétrique*. Dans cette maladie de Launois et Bensaude la lipomatose diffuse est localisée au cou : le malade présente un double ou triple menton, ou une sorte de collier grasseyé, formé de masses arrondies mal délimitées qui ne sont que très approximativement symétriques. A un stade plus avancé, l'hypertrophie grasseyée est telle que la tête présente un aspect piriforme, dont la base est formée par le cou, énorme. Le terme d'adénolipomatose fait allusion à une théorie pathogénique lymphogène que nous retrouverons par la suite.

En 1908, Jouon signale des *formes diffuses à prédominance abdominale*, ou thoraco-abdominale, donnant parfois chez l'homme un aspect de gynécomastie, ou réalisant les cascades grasseyées de Belzer, et Billon. Des localisations aux fosses sus- et sous-épineuses, aux aisselles, aux régions dorsale et lombo-sacrée ont été décrites également.

Enfin, Mosny et Beaufumé, parlent de lipomatose diffuse symétrique *sans localisation prédominante*. Et,

formant transition entre les formes diffuses et les formes circonscrites, Siredey, Rathery, Koettlitz, Murard, André Thomas, publient des cas où coexistent des lipomes bien circonscrits et des masses lipomateuses diffuses.

On peut donc actuellement distinguer *les formes suivantes de LIPOMATOSES* :

- 1° la lipomatose symétrique, multinodulaire de Crémieux, Queinnee et Roch.
- 2° Les lipomatoses symétriques diffuses, pouvant revêtir différents types,
 - a) à localisation cervicale : maladie de Madelung, Launois et Bensaude;
 - b) à prédominance abdominale ou thoraco-abdominale de Jouon,
 - c) sans localisation prédominante de Mosny et Beaufumé.

Les lipomatoses aiguës.

Maïs, qu'il s'agisse de formes circonscrites, ou de formes diffuses, on ne connaissait que des lipomatoses à évolution très lente. En 1912, Bittorf présente un malade qui a vu apparaître très rapidement des masses graisseuses symétriques dans la région des épaules, puis dans les régions pectorales et épigastriques. Cette adiposité s'est développée de façon aiguë, le sujet ayant augmenté de plus de 12 kgs en 7 semaines. Bittorf conclut ainsi : « C'est un cas inconnu dans la littérature, différent de la maladie de Dercum, qui est très douloureuse et touche les femmes; il diffère

aussi de la lipomatose symétrique des hommes, par l'évolution aiguë ». En 1929 encore, André Thomas, ayant à considérer un homme qui lui dit avoir vu apparaître en 4 ou 5 mois un énorme embonpoint partiel, déclare n'accepter que sous de sérieuses réserves une telle affirmation, « parce qu'un développement aussi rapide des masses lipomateuses n'est pas la règle ». La lipomatose aiguë était donc si peu connue, que, lorsqu'on la constatait on hésitait à en faire le diagnostic, ou à accepter les dires du malade.

En 1937, Loeper, Pérault et Parrot, publient une observation évidente de lipomatose aiguë, concernant un homme de 46 ans qui, au début de mars 1937, présenta de l'asthénie, des sueurs nocturnes, de l'anorexie, des douleurs épigastriques, survenant 2 heures après les repas, sans vomissements ni nausées. Le 6 mars au réveil, il découvrit sur ses avant-bras et le tronc une quantité de nodosités molles de la grosseur d'un pois. En même temps, il y eut recrudescence des signes généraux : courbature générale, comme dans la grippe. Il entra le 4 avril à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on constata alors l'existence d'une quinzaine de lipomes, dont le volume va de celui d'une cerise à celui d'un œuf de pigeon, douloureux à la pression. Quelques mois après, ces nodules sont stabilisés en nombre et en volume, ils ne sont plus douloureux.

A propos de cette observation, Gérofsky reprend la question dans sa thèse (1937), et trouve dans la littérature *quatorze cas pouvant être interprétés comme lipomatose aiguë*. A vrai dire, quatre de ces cas sont sujets à discussion, comme celui de Thomas relaté ci-

dessus. Mais les dix autres paraissent devoir être admis sans contestation. Le plus typique est, avec celui de Loeper, celui de Buchterkirch et Bumke : ouvrier de 36 ans, bien portant, qui tombe le 13 avril 1886 de la hauteur de 4 mètres environ. Perte de connaissance, perte de motilité et de sensibilité dans les membres inférieurs. *Sous les yeux des médecins traitants*, se développe en peu de jours une série de lipomes symétriques au niveau des membres...

De ces 14 observations, 10 concernent des formes multinodulaires, 2 des formes nodulo-diffuses, 2 des formes diffuses.

C'est une observation encore inédite de lipomatose symétrique multinodulaire aiguë que nous allons rapporter.

OBSERVATION

Ro... Gabriel, 51 ans, peintre en bâtiment, entre dans le Service de Neurologie des Hôpitaux de Lyon le 13 mars 1939, pour des lipomes à localisations multiples dont le nombre et le volume ont augmenté brusquement depuis deux mois.

Il n'y a rien à signaler dans ses ANTÉCÉDENTS héréditaires ou personnels, si ce n'est un phlegmon de la cuisse droite en 1924, et surtout un *éthylisme* marqué, sans doute plus important en réalité que celui avoué de deux ou trois litres de vin par jour.

Il y a 15 ans environ, le malade constata l'apparition d'un petit lipome de la nuque, uniquement du côté droit et de la grosseur d'une noix. Il alla consulter un médecin, qui lui proposa de l'enlever chirurgicalement, mais cette intervention fut refusée car cette petite tumeur ne déterminait aucune gêne. Un an après, un lipome symétrique apparut à la nuque, du côté gauche, et mit trois mois à se développer. Quatre ans plus tard, un troisième élément, beaucoup plus gros, fut constaté à l'épaule droite.

Depuis ce moment, et jusqu'en janvier 1939, c'est-à-dire *pendant dix ans environ, l'état resta stationnaire*. Vers le 10 janvier, le malade se plaignit de céphalées et de maux d'estomac, et c'est au cours d'une

visite faite à cette occasion que son médecin lui fit remarquer la présence, sur l'épaule gauche, d'un lipome en voie de formation, à peine visible. Un examen complet fut alors pratiqué et ne permit de découvrir à ce moment aucun autre lipome en dehors des trois signalés précédemment.

Une huitaine de jours plus tard apparut un nouvel élément sur la paroi abdominale, au-dessous de l'ombilic; puis, deux ou trois jours après, un à l'épaule gauche, un au pli du coude. En même temps les tumeurs préexistantes grossissaient. Il se produisit une *véritable éclosion de lipomes*, l'un d'eux assez volumineux, survint fin janvier, en deux jours. A ce moment, le malade se sentait faible et transpirait abondamment.

A L'EXAMEN on se trouve en présence d'un sujet dont l'état général est relativement bien conservé, et qui présente de nombreuses tumeurs, disposées assez symétriquement de part et d'autre de la ligne médiane, sous le derme. Facilement mobilisables par rapport à la peau et aux plans profonds, nettement délimitables, elles présentent tous les caractères des lipomes, dont elles ont la consistance caractéristique, rénitente et mollassse à la fois.

Leur localisation est la suivante :

AU NIVEAU DE LA TÊTE, deux lipomes de la nuque, symétriques à droite et à gauche, chacun du volume approximatif d'une mandarine.

AU NIVEAU DES MEMBRES SUPÉRIEURS et de la ceinture scapulaire

A gauche : un lipome du volume d'un œuf de pigeon dans la région interscapulo-vertébrale ;

trois, plus volumineux sur l'épaule, empiétant l'un sur l'autre par leur périphérie : l'un sur le moignon de l'épaule qu'il surplombe, le second sur l'omoplate, le troisième allongé selon l'axe du bras sur lequel il descend un peu plus bas que l'empreinte deltoïdienne.

A droite : il existe également trois éléments sur l'épaule et le bras. Les deux lipomes de l'omoplate et de l'épaule empiètent plus nettement l'un sur l'autre, formant une seule masse allongée, sorte de besace, recouvrant presque en totalité l'omoplate. Par contre, le lipome du bras est plus nettement séparé de la masse précédente et descend sur le bras plus bas que l'empreinte deltoïdienne.

Enfin, il existe de ce côté, au pli du coude, une tumeur de petite taille, du volume d'une noix environ. Ni d'un côté ni de l'autre, il n'y a de lipome au niveau des avant-bras, des poignets, des mains.

AU NIVEAU DU TRONC, on note des masses plus petites, non confluentes mais nombreuses.

En arrière, trois et quatre lipomes, dont le volume varie d'une noix à une noisette, de part et d'autre de la colonne, par rapport à laquelle ils sont assez symétriques.

En avant, à gauche, un lipome du volume d'une noix est situé sous la clavicule, à mi-distance entre le sternum et l'acromion ; un second, un peu plus petit,

au niveau de l'appendice xyphoïde et du mamelon ; un troisième est allongé de haut en bas, disposé le long de la ligne médiane, à mi-distance entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic.

A droite, les tumeurs sont réparties en deux groupes de trois : le groupe supérieur le long du sternum, le groupe inférieur au niveau et un peu au-dessous de l'ombilic.

AU NIVEAU DE LA CEINTURE PELVIENNE et des membres inférieurs on trouve les masses les plus volumineuses, *recouvertes de peau sillonnée de veines dilatées*. Un énorme lipome sacré se prolonge par deux tumeurs, droite et gauche, aussi grosses que les fesses qu'elles surplombent.

Un dernier noyau lipomateux, du volume d'une petite noix, occupe le creux poplité gauche.

Enfin, il existe dans les fosses iliaques, non visibles, mais perceptibles à la palpation profonde, des masses dures et rénitentes.

Le reste de l'examen est à peu près négatif.

L'AUSCULTATION PULMONAIRE ET CARDIAQUE ne montre rien d'anormal ; seule la tension artérielle est un peu forte : 17,5/10.

LE FOIE est gros et douloureux, ce qui, avec les pommettes variqueuses, les pituites matinales, vient confirmer l'*imprégnation éthylique* vraisemblablement plus forte que celle avouée.

LE TOUCHER RECTAL est négatif.

AU POINT DE VUE DU SYSTÈME NERVEUX :

Les réflexes rotuliens sont normaux, le gauche dif-

fusant cependant à droite. Les réflexes achilléens existent, de même que les réflexes pupillaires.

Les troubles de la sensibilité sont pour ainsi dire inexistants. On ne note que les *douleurs spontanées*, accusées par le malade au-dessus du lipome du bras droit. Lors d'un examen fait quelques semaines plus tard, les autres lipomes seraient, eux aussi, douloureux.

DIVERS EXAMENS SPÉCIAUX sont pratiqués.

Radioscopie thoracique : cœur, aorte, médiastin et poumons normaux (le 3 avril).

Examen de sang :

Numération :

Globules rouges.	4.900.000
Globules blancs	7.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.	74 %
Polynucléaires éosinophiles.	3 %
Lymphocytes.	15 %
Moyens mononucléaires.	8 %

Cholestérinémie : 2,25.

Métabolisme basal est trouvé tout d'abord augmenté de 22 %. Ce résultat étonne, et l'on doute de son exactitude, le malade s'étant agité lors de sa détermination. Une deuxième mesure, faite quinze jours après, donne des résultats normaux (augmentation de 2 %).

Radiographie crânienne : négative. En particulier la selle turcique est normale.

L'ÉVOLUTION ULTÉRIEURE de l'affection échappe malheureusement, les circonstances empêchant de revoir le malade.

EN RÉSUMÉ, il s'agit d'un homme de 51 ans, *éthyl-que*, sans passé pathologique, qui présentait depuis une quinzaine d'années trois lipomes, apparus successivement et *ne paraissant pas évoluer*. Cet homme a fait brusquement, en un mois environ, une *poussée lipomateuse d'guë*, accompagnée de *signes généraux* (asthénie, céphalées, troubles gastriques), aboutissant à l'augmentation de volume des lipomes circonscrits, déjà existants, et surtout à leur multiplication très rapide, avec une localisation symétrique. Un examen médical complet, pratiqué deux mois avant l'entrée dans le Service, permet de confirmer les dires du malade.

ETUDE CLINIQUE

En comparant cette observation à celle de Loeper et en nous aidant des renseignements apportés par les autres cas de lipomatose aiguë recueillis par Gérofsky, nous allons ébaucher un aperçu clinique de l'*étiologie*, du *mode de début*, de l'*allure* générale et de l'*évolution* de l'affection.

Etiologie.

La lipomatose multinodulaire se voit presque exclusivement chez des *adultes* de 25 à 50 ans. L'affection touche presque uniformément les *deux sexes*, alors que l'adipose douloureuse ou maladie de Dermum intéresse surtout les femmes, et que la lipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale a une prédilection pour les hommes.

Certains auteurs, Mme Astaouroff, en 1903, après Stoll qui avait déjà soulevé cette hypothèse en 1892, invoque un élément *héréditaire* à l'origine des lipomatoses chroniques; Murchison et Siredey soutiennent également cette théorie. Dans les observations de lipomatose aiguë que nous avons étudiées, on ne retrouve pas ce facteur héréditaire.

Par contre, l'étude des ANTÉCÉDENTS permet de re-

lever un certain nombre d'*infections ou d'intoxications chroniques* : un rhumatisme articulaire aigu, un tabès, une infection puerpérale, trois cas d'*alcoolisme*. Dans d'autres cas la lipomatose serait survenue après un traumatisme spinal, un avortement, ou comme suppléance de règles, sans que l'on puisse savoir s'il y a relation de cause à effet.

Mode de début.

a) Dans l'observation de Loeper, comme dans la nôtre, et dans une de Rathery, on trouve un *ensemble de signes généraux* à ce point concordants que l'on peut se demander s'il n'y a pas là le mode de début typique de la lipomatose aiguë : un adulte, porteur ou non de lipomes préexistants, présente de l'*asthénie*, des sueurs profuses, se plaint de *céphalées*, de *douleurs épigastriques*, puis il constate, souvent le matin au réveil, l'éclosion de nodosités molles. Cette éclosion s'accompagne d'une recrudescence de signes généraux, avec une impression de *courbature générale*.

b) Dans les autres cas, ces *phénomènes généraux ne sont pas aussi remarqués*, ou bien ne sont pas signalés. Tout au plus parfois s'agit-il de *poussées douloureuses* accompagnant l'éclosion des nodules.

Période d'état.

L'affection est essentiellement caractérisée alors par la présence de PETITES TUMEURS SOUS-CUTANÉES, mobi-

les, douloureuses ou non, qui augmentent rapidement de volume. Tantôt il y a *éclosion simultanée* de nombreuses petites nodosités; tantôt les nodules surviennent les *uns après les autres*, mais se multiplient très rapidement, la poussée durant au total un ou deux mois.

Ces LIPOMES ont une *consistance* assez particulière, rénitente, mollasse, qui varie d'ailleurs avec le *volume* du lipome, paraissant plus dure s'il s'agit d'une petite nodosité, plus molle s'il s'agit d'une grosse tumeur. Il est en effet des lipomes de toutes grosseurs, de petits comme un pois, d'énormes comme les masses iliaques que présente notre malade et qui sont aussi volumineuses que les fesses qu'elles surplombent. Leur *nombre* est également très variable, d'une trentaine chez notre malade, en général il ne dépasse pas cinquante; Rathery et Binet signalent cependant un cas avec 110 tumeurs et même des chiffres beaucoup plus élevés ont été cités.

Ces tumeurs sont bien *délimitées*, circonscrites, à contours nets, mais parfois lobulées; elles sont distinctes mais cependant empiètent parfois les unes sur les autres. Elles *n'adhèrent* pas aux plans profonds, la peau qui les recouvre peut être mobilisée. Cette *peau* est en général normale, rarement — (Schlessinger) elle revêt momentanément une teinte bleuâtre.

La distribution des lipomes n'est qu'approximativement *symétrique* par rapport à la ligne médiane; cette symétrie n'est d'ailleurs pas absolument constante. Encore moins constante est la *localisation mésosomatique* sur laquelle a insisté Léri. D'après celui-ci,

la lipomatose respecterait les extrémités et serait limitée entre une ligne passant par le tiers inférieur des cuisses et une passant par le tiers inférieur des bras; les régions de prédilection étant les faces de flexion et le bord cubital des avant-bras, l'abdomen, les régions lombaire et fessière, les deux tiers supérieurs des cuisses.

L'ÉTAT GÉNÉRAL N'EST PAS MODIFIÉ.

Laurentier et Valdigué ont signalé un certain degré d'*hypercholestérimie*.

Une *éosinophilie* sanguine légère a été parfois constatée.

FORMES CLINIQUES. — Telle est la *forme symétrique multinodulaire* qui fait le sujet de ce travail. C'est elle que l'on retrouve le plus souvent. Elle est réalisée dans 11 observations, dont huit seraient indiscutables comme lipomatoses aiguës. A côté d'elle on trouve :

— la *forme nodulo-diffuse*, représentée par deux cas (Crémieux et André Thomas);

— la *forme diffuse*, représentée aussi par deux cas (Bittorf et Murard).

Evolution (formes évolutives).

L'évolution se fait essentiellement par *poussées* qui sont caractéristiques de l'affection. Suivant le moment où surviennent les poussées, suivant leur répétition, on peut distinguer diverses formes évolutives

a) FORMES D'EMBLÉE AIGÜES.

L'affection survient chez un sujet qui ne porte *aucun lipome préexistant*. D'emblée elle revêt toute sa potentialité aiguë; elle débute par les signes généraux que nous avons décrits, puis apparaissent les nodules lipomateux, ceux-ci augmentent de volume, et au bout de quelques semaines se stabilisent comme nombre et comme volume.

A ce type appartiennent la plupart des cas que nous connaissons. Celui de Loeper en particulier le réalise complètement; sept autres cas sont indiscutables. Le caractère d'emblée aigu est moins nettement établi dans cinq autres observations.

b) FORMES CHRONIQUES AVEC POUSSÉES AIGÜES.

Il s'agit d'une *lipomatose chronique* caractérisée par son début insidieux, son évolution lentement progressive. Un petit lipome dont il est impossible de préciser la date d'apparition grossit très lentement en plusieurs années. De temps en temps apparaissent d'autres nodules de la même façon insidieuse. Et brusquement, cette évolution chronique est modifiée par une *poussée aiguë* qui lui donne un coup de fouet. Cette poussée a d'ailleurs la même allure que celle qui survient d'emblée.

A ce type appartient notre malade qui reste pendant 10 ans au moins porteur de trois lipomes n'ayant pas tendance à évoluer. Il en est de même de la malade de Pozzi dont la lipomatose aurait débuté par un élément trois mois après un accouchement; elle avait

évolué très lentement pendant 23 ans, avant de revêtir une allure aiguë. On peut se demander si dans ces cas les premiers éléments préexistants n'ont pas été, eux aussi, le résultat d'une poussée aiguë a minima, sans signes généraux, et n'aboutissant qu'à la production de un ou de quelques rares nodules. Il vaudrait peut-être mieux alors parler de FORMES STABILISÉES AVEC POUSSÉES AIGUËS.

c) FORME AVEC POUSSÉES AIGUËS MULTIPLES.

L'*alternance* des périodes de stabilisation et des périodes d'évolution rapide est encore plus évidente. Un cas assez net est celui de Rathery, Mlle Besson et Léon Binet, qui signale une lipomatose ayant apparu depuis douze ans et qui de temps en temps présentait une poussée légèrement douloureuse. Plus typique encore est l'observation de Koettniz concernant une femme qui, à partir de l'âge de 26 ans, n'a plus eu que trois fois ses règles, chaque période menstruelle étant remplacée par des accès de douleurs accompagnés de l'éclosion de nodules; douleurs et apparition de nodules ont cessé à 54 ans.

Chaque poussée aiguë d'une part fait éclore de nouveaux éléments et d'autre part, remanie et fait grossir les éléments déjà existants.

PATHOGENIE

Si l'on connaît à peu près les conditions d'apparition de la lipomatose symétrique multinodulaire, la pathogénie en reste très obscure. L'allure aiguë qui caractérise le cas que nous présentons peut-elle aider à la solution du problème ?

Le nombre même des théories proposées ne fait que marquer l'incertitude à ce sujet. Nous nous bornerons à indiquer les principales, en signalant qu'elles ont été formulées surtout pour les lipomatoses symétriques diffuses, mais que l'on peut aussi les concevoir pour les formes localisées multinodulaires.

Théorie nerveuse.

C'est l'une des premières en date, puisque Potain et Verneuil, dès 1879, songèrent à rattacher les lipomes symétriques et multiples à une cause nerveuse. Mais c'est surtout Mathieu qui, en 1884, rapporta la production des lipomes à des *troubles trophiques dus au système nerveux*. Ses idées furent reprises par Bucquoy, Bouju, Targowla, Mollard, Desnos, Kustner. Tantôt, comme Mathieu, on incrimine la *moelle*, et tantôt le *système périphérique*.

Trois ordres de faits pourraient être invoqués à l'appui de cette théorie.

A. — CONSTATATION DE LA LIPOMATOSE AU COURS D'AFFECTIONS NERVEUSES SYSTÉMATISÉES.

C'est ainsi que Targowla a décrit un cas de lipomatose au cours de la *paralysie générale*, que Mollard et Chattot l'ont signalée dans la *syringomyélie*, Madellung, Bouju, Kaitzennellenbogen, Tcherkassof et Achard, dans le *tabès*. Buchterkirsch et Bumke citent une lipomatose symétrique, s'étant développée après une *paralysie flasque*, consécutive à une chute de 4 mètres de hauteur. D'autres observations signalent des associations à des *névrites* (Popoff), à des phénomènes *névralgiques* (Mathieu, Bucqoy, Dartignoles). Notre malade, lui aussi, accusait des *douleurs spontanées* au niveau d'un de ses lipomes, douleurs ressenties également au bout de quelques semaines, au niveau des autres lipomes, mais ne revêtant jamais l'allure de névralgies véritables.

Devic, Loras et Blanc, en 1938, rapportent un cas de lipomatose associé à un syndrome de *compression médullaire* qui pourrait avoir pour cause une masse lipomateuse intra-rachidienne, hypothèse déjà soulevée en 1908 par Cade et Cordier. Ces mêmes auteurs, étudiant à propos de ce cas, dans la thèse de Rochegude (1938), les troubles nerveux de la lipomatose symétrique, relèvent dans la littérature d'autres associations : à la syringomyélie, aux maux perforants plantaires, à une compression médullaire, à des sciati-

ques, à des *épilepsies* essentielles ou jacksoniennes, à un ictus hémiplegique; un cas est consécutif à un traumatisme spinal. Ces cas sont d'ailleurs très rares et à cause de cette rareté, de la diversité des troubles nerveux, Devic et Loras rejettent, comme la plupart des auteurs actuels, la théorie pathogénique nerveuse et voient dans les associations signalées ci-dessus des *co-existences fortuites* ou bien au contraire, comme dans leur observation, des troubles nerveux (compressions) pouvant être la *conséquence de la lipomatose*.

B. — DISTRIBUTION SYMÉTRIQUE DES LIPOMES.

L'échelonnement de ceux-ci sur certaines régions fait penser à une influence du système nerveux périphérique. Ce rôle paraît difficile à déterminer. Pour Mathieu, « le tonus trophique qui maintiendra l'équilibre nutritif des tissus est subordonné aux influences diverses exercées par les nerfs vaso-moteurs qui régulent l'apport sanguin, par les filets trophiques régulateurs des échanges. Les centres trophiques eux-mêmes reçoivent constamment les excitations périphériques apportées par les nerfs sensitifs. Ainsi une lésion des nerfs sensitifs pourra, par voie réflexe, amener des troubles trophiques. »

Tcherkassof (1895) observe un tabétique qui fait une poussée de nodules lipomateux à la suite de douleurs fulgurantes, ce qui permet peut-être de rattacher cette lipomatose au tabès, dont elle ne serait qu'une manifestation trophique.

Mais ce sont surtout les derniers partisans de la théorie nerveuse qui insistent sur la *topographie ra-*

diculaire des lipomes. En 1910, Clerc et Thibaut écrivait : « Nous tenons à mettre en évidence la disposition spéciale des tumeurs qui se superposent à celle des racines rachidiennes ». En 1912, Rathe-ry et Binet, présentant deux cas de lipomatose symétrique multinodulaire, insistent sur la topographie radiculaire.

C. — IMPORTANCE DES PHÉNOMÈNES VASO-MOTEURS QUI
ACCOMPAGNENT PARFOIS LA LIPOMATOSE

On connaît les veines dilatées que l'on trouve souvent sur la peau recouvrant les nodules graisseux. Mathieu a insisté sur l'importance de l'élément vasomoteur : « Il ne paraît y avoir que des degrés d'insensible progression entre des phénomènes vasomoteurs purement congestifs, de l'ordre des érythèmes et des œdèmes, et des productions plus stables telles que le lipome. » Il rapproche la lipomatose des troubles comme l'*œdème arthritique* et les œdèmes constatés dans les cas de névralgies, paralysies, Parkinson. Le *pseudo-lipome* servirait de transition entre ces *œdèmes névropathiques* et les lipomes symétriques et multiples d'autant plus qu'à cette époque le rhumatisme chronique et l'arthritisme étaient rapportés à une origine médullaire.

Malgré ces faits, en apparence probants, la théorie nerveuse de la « trophonévrose » fut vite abandonnée. Siredey remarque déjà en 1892 : « Les lipomes ne sont nullement distribués sur le trajet des nerfs. Ils ne coïncident avec aucune modification appréciable

de la sensibilité ou du mouvement... Le rôle du système nerveux, dans la production de ces tumeurs, semble donc se réduire à une influence vague appréciable seulement dans la distribution des troubles trophiques. » Mais ce sont surtout les travaux de Launois et Bensaude qui font rejeter complètement la théorie nerveuse. Celle-ci a eu tout au moins l'avantage d'attirer l'attention sur les troubles nerveux de la lipomatose.

Théorie lymphogène.

C'est celle soutenue par Launois et Bensaude qui, en 1898, étudiant surtout la forme cervicale de lipomatose qui porte leur nom, remarquèrent que les lipomes entouraient parfois des groupes ganglionnaires. Aussi les expliquaient-ils par une transformation du tissu lymphoïde en tissu graisseux, ce serait une *adénite primitive avec péri-adénite secondaire*. Mais rapidement cette théorie s'avéra erronée car, d'une part, on constate des lipomes dans des régions où il n'y a pas de ganglions et, d'autre part, comme l'a montré Tapié, dès 1899, histologiquement les tumeurs enlevées chirurgicalement ne montrent que des lipomes vrais sans tissu lymphatique.

Théorie cutanée.

C'est une des plus anciennes, puisque Grosch la propose en 1887; soutenue aussi par Unna, elle n'eût jamais beaucoup de partisans en France. D'après cette

théories, les *troubles sécrétoires des glandes cutanées* seraient à l'origine de la lipomatose; la graisse ne pouvant s'éliminer, s'accumule dans l'hypoderme où elle produit un lipome simple, si une cause locale gêne l'élimination, une lipomatose symétrique, si c'est une cause générale qui agit sur les centres nerveux de sécrétion. Dans ce cas, la localisation bilatérale et symétrique des lipomes répondrait à la répartition des glandes sébacées.

Théorie vasculaire.

Pour Quenu, tout lipome est dû à une vascularisation anormale d'une région; soit qu'il s'agisse, avec Sénac, de l'envahissement d'un angiome guéri par du tissu graisseux, soit que par suite d'une cause quelconque il s'établisse en un point une vascularisation exagérée, anormale, avec néo-formation de vaisseaux qui pourront servir d'intermédiaire entre le tissu normal et le lipome.

Ces trois dernières théories ont surtout un intérêt historique. Plus intéressantes sont les deux qui nous restent à examiner : la théorie endocrinienne et la théorie infectieuse.

Théorie endocrinienne.

La lipomatose aurait en somme, son origine dans une perturbation du métabolisme général, accumulant en certains points de l'organisme le tissu graisseux. Et comme on sait l'importance des glandes à

sécrétion interne en ce qui concerne le métabolisme des graisses, on a été conduit à une théorie endocrinienne.

Nombreux sont en effet les syndromes d'origine endocrinienne dont un des éléments est l'adiposité.

C'est surtout le CORPS THYROÏDE qui intervient pour régler la combustion et la mise en réserve des graisses. Madelung et Cushing l'ont incriminé dans un cas de lipomatose diffuse à prédominance cervicale. Dercum a également insisté sur la constatation des lésions thyroïdiennes à l'autopsie de sujets ayant présenté de l'adipose douloureuse. Aussi la détermination du *métabolisme basal* offre-t-elle un certain intérêt; dans le cas que nous présentons, cette mesure a donné un résultat normal.

Les GLANDES GÉNITALES ET L'HYPOPHYSE peuvent aussi intervenir, isolément ou en association, comme dans le syndrome adiposo-génital de Babinski-Froelich. Boucher, en 1889, signale un cas de lipomatose aigu apparu à la ménopause. Nous avons déjà rappelé l'observation de Koettin (1894) dont la malade voyait chaque mois une poussée de lipomatose aiguë remplacer ses règles absentes. Chez notre malade, les radiographies crâniennes ont montré une selle turcique normale et on ne note aucun signe de la série hypophysaire.

Moreira de Fonséca résume ainsi la complexité de la question : « La lipomatose symétrique est d'origine endocrino-sympathique, c'est-à-dire insuffisance hypophysaire (lobe postérieur), trouble trophique du

au système végétatif, avec hypo-fonctionnement génital et thyroïdien. »

Théorie infectieuse.

La lipomatose serait une réaction de l'organisme contre un agent infectieux. Cette théorie fut d'abord une conséquence indirecte des idées de Launois et Bensaude sur l'origine ganglionnaire des lipomes. Labbé et Ferrand, en 1901, rapportent un cas de lipomatose survenu sur des ganglions tuberculeux. Jaboulay, en 1902, trouve au milieu d'un lipome un ganglion histologiquement tuberculeux. Roussel, en 1906, voit dans la lipomatose, non seulement l'aboutissement d'une lésion ganglionnaire qui subit une transformation graisseuse, mais encore la conséquence d'une imprégnation diffuse de l'organisme par les toxines tuberculeuses. Et c'est ce point, soutenu par Poncet, en 1907, qui est intéressant, car il subsiste alors que les critiques de la théorie lymphogène s'appliquent également à tout ce qui rattachait directement la lipomatose aux ganglions tuberculeux : la *tuberculose n'agirait qu'en tant qu'infection générale*.

D'autres états infectieux pourraient agir de même. Pozzi a, en 1910, signalé l'éclosion d'un lipome après une *infection puerpérale*. On relève parfois dans les antécédents des malades du *paludisme*, du *rhumatisme*, des *gonococcies*.

Mais c'est surtout dans la lipomatose aiguë que l'hypothèse infectieuse mérite d'être considérée. Outre le cas de Pozzi relaté ci-dessus, où, à vrai dire, la

phase aiguë de lipomatose est survenue très longtemps (25 ans) après l'infection puerpérale, Weiss signale une lipomatose aiguë immédiatement après un *avortement*, et Rendu, en 1892, présente un malade qui, à la suite de crises de rhumatisme articulaire aigu, a vu apparaître des nodosités sous-cutanées. Dans le cas typique de Loeper, le début de la lipomatose aiguë a été marqué par des phénomènes généraux et des douleurs épigastriques. Il en est de même pour notre malade; celui-ci, lors de la poussée aiguë qui a transformé l'évolution, jusque-là chronique de son affection, a présenté lui aussi des céphalées, des douleurs épigastriques, se sentait faible, avait des sueurs profuses. Il faut peut-être voir là la signature de l'état infectieux.

DES INTOXICATIONS CHRONIQUES pourraient aussi jouer le même rôle que l'infection, en particulier l'*alcoolisme* se retrouve très souvent; il existe dans le cas que nous rapportons, il existe aussi de façon certaine dans trois au moins des quatorze observations de lipomatose aiguë que nous connaissons. Peut-être agirait-il par insuffisance hépatique.

En définitive, s'il est difficile de choisir parmi les hypothèses pathogéniques de la lipomatose chronique, si des critiques peuvent être adressées à chacune d'entre elles, il semble que l'on puisse, sans prétendre l'expliquer, schématiser ainsi le développement de la lipomatose symétrique aiguë :

Il existerait un *terrain lipomateux*, quelle qu'en soit l'origine endocrinienne, sympathique ou diatélique...

Sur ce terrain où la lipomatose aurait pu rester latente, ou ne se manifester que par quelques éléments non évolutifs, un *facteur infectieux ou hépatique viendrait déclencher une poussée aiguë*. L'alcoolisme, pouvant agir soit pour créer le terrain, soit pour en modifier l'équilibre.

DIAGNOSTIC

Il se présente de façon très simple en clinique : un adulte, porteur ou non de lipome préexistant, présente quelques *signes généraux* et voit apparaître rapidement et en grand nombre les tumeurs que nous avons décrites. La *consistance*, la *situation sous-cutanée*, la *mobilité* font faire facilement le diagnostic de lipomatose. Ce diagnostic serait encore aidé s'il existait des lipomes préexistants, comme dans le cas que nous rapportons. On n'a presque jamais à faire une BIOPSIE qui montrerait un tissu adipeux banal, avec des cellules graisseuses, vésiculeuses, à mince protoplasme rejeté sur le pourtour, entourées d'une trame conjonctive, sans aucun élément de malignité.

Il en résulte que le **diagnostic différentiel** est plutôt théorique et ne se pose guère en pratique.

A. — Nous éliminerons d'emblée et uniquement pour les rappeler les adiposes qui, par leur caractère diffus, ne ressemblent pas à la lipomatose symétrique circonscrite :

a) La LIPODYSTROPHIE PROGRESSIVE ne rappelle en rien les nodules lipomateux. Il s'agit d'une infiltration graisseuse diffuse, de la moitié inférieure du corps, contrastant avec l'amaigrissement progressif du visage, du cou, de la poitrine, des bras, de l'abdomen.

b) La DYSTROPHIE ADIPOSEO-GÉNITALE DE BABINSKI, FROELICH, par l'association de troubles génitaux, l'anomalie des caractères sexuels secondaires, présente également un tableau tout différent.

c) L'ADIPOSE DOULOUREUSE DE DERCUM est la seule qui puisse poser un diagnostic ; aussi réserverons-nous sa discussion pour le moment.

B. — Le diagnostic ne se pose guère non plus avec les tumeurs sous-cutanées qui ne sont pas des lipomes.

a) Les ADÉNOPATHIES DIVERSES où la localisation des éléments est limitée aux territoires ganglionnaires. Ces éléments sont de consistance différente, plus dure. Il est assez facile de faire la distinction entre lipome et ganglion.

b) Les SARCOMES PRIMITIFS OU SECONDAIRES.

Les sarcomes *secondaires* métastatiques proviennent de la généralisation d'une tumeur viscérale.

Les sarcomes *primitifs* ne peuvent être discutés qu'au début, alors qu'ils constituent encore des tumeurs hypodermiques mobiles. Mais la peau qui les recouvre est franchement violacée, alors qu'au-dessus des lipomes on voit tout au plus des phénomènes vaso-moteurs. A un stade plus avancé, avec l'ulcération, le tableau est tout différent.

c) LES GOMMES ont, elles aussi, une évolution qui ne prête guère à confusion.

Les gommes *syphilitiques* peuvent être multiples ou se succéder rapidement ; elles pourraient poser le diagnostic, tout au moins à leur phase de crudité, lorsque l'on se trouve en présence de nodules fermes, mobiles, parfois de coloration bleutée à la surface. Mais

l'ulcération survient rapidement et l'on voit s'écouler un liquide filant, séro-purulent caractéristique.

Les *gommes tuberculeuses* sont d'abord des nodosités plus dures, infiltrant la peau, qui prend à leur niveau une teinte livide. Ces nodosités sont indolores et évoluent lentement en se ramollissant. Elles aboutissent enfin à l'ulcération, à bords décollés, d'où s'écoule un pus grumuleux, mal lié.

b) La NEURO-FIBROMATOSE OU MALADIE DE RECKLINGHAUSEN. Il y a alors association de tumeurs, de pigmentations, de troubles psychiques réalisant un ensemble très caractéristique. Les *tumeurs* sont de petits fibromes mollasses que l'on pourrait à la rigueur confondre avec des lipomes à leur phase de début, alors qu'elles sont sous le derme avant de se pédiculiser. Une d'elles plus importante siégeant souvent dans la région sacrée est la *tumeur royale*. Il existe, en outre, souvent des *névromes* arrondis ou fusiformes, situés sur le trajet des troncs nerveux. Enfin la peau est parsemée de *taches pigmentées* à contours irréguliers.

c) Nous citerons pour mémoire la LADRENERIE due au cysticerque du *taenia solium*, qui donne de petites nodosités intramusculaires ou sous-cutanées. Loeper a signalé qu'un cas de microlipomatose avait pu être confondu avec elle, et qu'une biopsie avait été nécessaire pour faire le diagnostic.

C. — Le seul diagnostic qui puisse se discuter, et encore seulement dans quelques cas rares, est celui de :

MALADIE DE DERCUM OU ADIPOSE DOULOUREUSE.

Celle-ci, décrite en 1888 par Dercum, est surtout l'apanage du sexe féminin. Elle est caractérisée par la triade symptomatique :

Adiposité,

Douleurs,

Troubles psychiques : asthénie, mélancolie.

En général, l'adiposité est diffuse et les masses graisseuses sont localisées surtout sur le tronc, la racine des membres, en particulier sur l'abdomen et les fesses; il n'y a alors aucune confusion possible avec la lipomatose multinodulaire symétrique. Mais il existe une *forme plus rare, nodulaire*, de la Maladie de Dercum et c'est avec elle que peut se poser parfois le diagnostic. Il faut pour cela cependant que l'élément douleur devienne prépondérant.

Or, dans la plupart des cas de lipomatose multinodulaire symétrique, les *douleurs* sont peu importantes. Dans notre observation, le malade souffre spontanément au niveau de ses lipomes, mais la douleur est loin de passer au premier plan. Dans la Maladie de Dercum, au contraire, la douleur représente l'élément prépondérant. Ces douleurs peuvent être, soit spontanées, soit provoquées par la pression. Leur intensité varie selon le moment mais dans l'ensemble elles ont tendance à s'accroître de plus en plus avec l'évolution de la maladie. On conçoit qu'au début la confusion soit possible, avec les cas de lipomatoses symétriques multinodulaires, douloureuses, qui ont été rapportés par Schlessinger, Lyon.

La ressemblance est parfois telle que certains au-

teurs se sont demandés s'il s'agissait bien de deux maladies différentes ou d'une unique entité morbide, comme le pensent Thimm, Fulconis, Lyon.

« J'arrive à la conclusion que dans la lipomatose circonscrite multiple non douloureuse et dans la forme diffuse, le processus pathologique et la pathogénie sont les mêmes que dans l'adipose douloureuse et dans la lipomatose douloureuse et que la douleur de celle-ci est expliquée par des conditions locales » (Thimm).

« Toutes les formes de lipomatose ne sont pas des entités indépendantes mais des variétés d'un même processus morbide » (Lyon).

A cette opinion, les dualistes opposent la fréquence des lipomatoses symétriques multinodulaires non douloureuses, les troubles mentaux qui accompagnent souvent la maladie de Dercum et les lésions des filets nerveux périphériques que l'on trouve presque toujours dans l'adipose douloureuse, jamais dans la lipomatose.

Ces considérations nosologiques rendent un peu artificielle la discussion de ce diagnostic dans les cas où il pourrait se poser.

D. — Il en est de même avec les FORMES DIFFUSES DE LA LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE. Nous en avons vu le caractère distinctif : la localisation des tissus lipomateux en masses diffuses que l'on ne peut nettement individualiser et séparer du tissu cellulaire environnant qui les compénètre. Les *formes nodulo-diffuses* où coexistent des lipomes circonscrits et des lipomes diffus font la transition entre les deux types.

Il semble bien que ces formes diffuses (maladie de Launois et de Bensaude, forme abdominale de Jouon, forme de Mosny et Beaufume), les formes nodulo-diffuses et les formes multinodulaires ne soient que *des formes cliniques différentes d'une même maladie* : la lipomatose symétrique. Nous avons vu qu'elles peuvent toutes revêtir l'allure aiguë et les hypothèses pathogéniques que nous avons envisagées s'appliquent à toutes.

PRONOSTIC - TRAITEMENT

La lipomatose symétrique multinodulaire, même sous sa forme aiguë, *n'est pas une affection présentant de gravité au point de vue vital*, car l'élément aigu ne paraît que transitoire et il s'agit plutôt de poussées aiguës au cours d'une longue évolution chronique. On peut du moins en juger ainsi, sinon par notre observation dont l'évolution nous a échappé par suite des circonstances, tout au moins par les autres observations que nous connaissons.

La lipomatose symétrique multinodulaire à forme aiguë est en général peu douloureuse ; elle ne présente d'inconvénient qu'au point de vue esthétique, du fait de la localisation ou du volume des tumeurs. Même très volumineuses, ces tumeurs gênent d'ailleurs beaucoup moins le malade que l'on pourrait le croire, à cause de leur mobilité et de leur consistance.

LE TRAITEMENT MÉDICAL se résume à peu de chose. On a proposé l'administration de iodure de potassium ou bien, en se basant sur la théorie endocrinienne, d'extraits glandulaires thyroïdien ou hypophysaire, qui, à vrai dire, semblent sans grande efficacité.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL n'est que palliatif, il consiste dans l'exérèse du lipome qu'il faut enlever en totalité et qui se clive en général assez facilement.

Mais il ne faut intervenir que lorsqu'il y a une indication précise, découlant soit du volume, soit de la localisation disgracieuse de la tumeur. Dans le cas que nous rapportons, l'intervention avait été discutée, mais rejetée finalement, étant donné la multiplicité des lipomes et leur peu d'importance au point de vue fonctionnel.

CONCLUSIONS

I. — La lipomatose symétrique aiguë est une affection exceptionnelle dont nous connaissons 14 observations, 10 se rapportant à des formes multinodulaires, 2 à des formes nodulo-diffuses, 2 à des formes diffuses.

II. — L'observation que nous apportons concerne un cas de lipomatose symétrique multinodulaire aiguë présentant les caractères suivants : il s'agit d'un homme de 51 ans, éthylique, qui, depuis plus de 10 ans, était porteur de quelques éléments lipomateux n'ayant jamais eu aucun caractère évolutif. Après dix ans de stabilisation, survient, accompagnée de signes généraux, une poussée aiguë qui, en un mois, multiplie les lipomes de façon symétrique.

III. — Cette longue période de stabilisation est exceptionnelle, il n'en existe, à notre connaissance, qu'une autre observation nette. Les autres observations concernent des cas où l'évolution a revêtu, dès le début, l'allure aiguë, souvent d'ailleurs de façon transitoire et par poussées.

IV. — Nous n'apportons aucun élément nouveau capable de trancher la question de la pathogénie qui

reste toujours aussi obscure. Il semble cependant que l'éthylisme puisse être mis en cause. Agit-il en créant un terrain, ou en modifiant brusquement l'équilibre d'un terrain préexistant ?

Vu :

Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse,
CHALIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 Décembre 1940

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et LEBLANC. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 juillet 1913.
- ANTONY. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, mai 1892.
- ASTAUROFF (Mme A.). — *Th. de Paris*, juin 1904.
- BABONNEIX et POLIET. — *Revue Neurologique*, Paris, 1925, XXII, p. 745-747.
- BAKER et BOWLBY. — *Soc. Royale de Méd. et de Chir.*, Londres, 27 octobre 1885.
- BALZER et BELLOIR. — *Bulletin de la Soc. Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, mai 1912, p. 213.
- BARDELEBEN. — *LIX^e Congrès des Naturalistes et Médecins Allemands*, Berlin, 1886 (Section de Chirurgie), p. 150.
- BAUMEL et GIRAUD. — *Montpellier Médical*, 1914, p. 232.
- BENSAUDE. — La théorie lymphogène de la lipomatose symétrique à prédominance cervicale. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1914, XXXVII, p. 960.
- BÉRIEL et LESBROS. — *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 20 décembre 1927.

- BINET et VAIVRAND. — Une observation de lipomatose symétrique. *La Province Médicale*, n° 23, 10 juin 1911, p. 245-248.
- BITTORF. — Adipositas Acuta symmétrica partialis. *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1912, p. 1072-1076.
- BLINDMANN (S.). — Contribution à l'étude des différentes formes de lipomatose symétrique. *Thèse de Paris*, 1913-1914.
- BOCCA. — *Le Documentaire Médical*, juin 1936, p. 25.
- BONNEFOND. — *Thèse de Paris*, 1900-1901.
- BOUCHER. — *France Médicale*, 1889.
- BUCQUOY. — Lipomes diffus multiples et symétriques. *Bull. et Mém. Société des Hôpitaux de Paris*, 1891, série 3, p. 300.
- BOUJU. — Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. *Thèse Paris*, 1892.
- BRODIE. — Lect. on Path. and Surgery, 1886.
- BRYK. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1874, XXII, p. 568 ; 1897, XVII.
- BUCHTERKIRCH et BUMKE. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1887, p. 634.
- BURNIER. — *Presse Médicale*, 4 mai 1911.
- CABANES. — *Bulletin Médical de l'Algérie*, Alger, 1902.
- CADE et CORDIER. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 26 nov. 1907, p. 339.
- CARON. — *Thèse Paris*, 1907-1908.
- CHEVALLIER. — *Le Sang*, n° 6, 1934.
- CLERC et THIBAUT. — *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1910.
- CRÉMIEUX. — *Thèse de Montpellier*, 1904-1905. Contribution à l'étude de la lypomatose multiple symétrique.

- DANLOS et SOURDEL. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 avril 1908.
- DARBEZ. — *Thèse de Paris*, 1868.
- DARTIGNOLLES. — *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 10 juillet 1891.
- DELBET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie des Hôpitaux de Paris*, 1898, p. 1115-1119.
- DERCUM. — *University medical Magazine*, déc. 1888.
- DESNOS. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 juillet 1891.
- DEVIC et BOURRAT. — *Lyon Médical*, 1925, CXXXV, p. 105-107.
- DIEULAFOY. — *Cliniques*, 1902, t. IV.
- DEVIC, LORAS et BLANC. — *Lyon Médical*, déc. 1937.
- FERE et FRANCILLON. — *Rev. de Chirurgie*, 1901, p. 713.
- FULCANIS. — *Thèse Lyon*, 1904.
- GEROFISKY. — *Thèse Paris*, 1937.
- GOUGEROT, BLUM et BRALEZ. — *Bull. de la Soc. Franç. de Dermatologie et Syphiligraphie*, 527-528, avril 1932.
- GROSCH. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1887, XXVI, p. 352.
- HALLOPEU et JEANSELME. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Dermat. et Syphiligraphie de Paris*, 16 février 1893, p. 195.
- HASSENFORDER et MEUNIER. — Etude d'un cas de lypomatose symétrique non douloureuse multiple, circonscrite et mésosomatique. *Arch. de Méd. et Pharmacie militaire*, avril 1935.
- HAYEM. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 5 mars 1897.
- HERMAN. — *Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 51, 17 déc. 1938, p. 1310-1312.

- HELLIER. — Hereditary multiple Lipomatose. *Lancet*, 202-204, janv. 1935.
- HUGIER. — *Soc. de Chirurgie*, 7 mars 1855, p. 296.
- JABOULAY. — *Lyon Médical*, 30 mars 1902, p. 500-501.
- JAUSION et GRANDCLAUDE. — *Soc. Derm. et Syph.*, 1926, t. XXXIII, p. 29.
- JOUON. — *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1908, 2^e série, p. 265-268.
- KATZENNELLENBOGEN. — *Thèse Paris*, 1895.
- KLING (O. H.). — Juxta Articular adiposis Dolorosa. *Archives of Surgery*, v. 39, n^o 4, avril 1937, p. 599.
- KOETTNITZ. — Ueber symmetrisches Auftreten von Lipomen. *Deutsche Ztschr. f. Chir.*, 1893.
- KROHN. — *Thèse Paris*, 1885.
- LABBÉ. — *Presse Médicale*, 30 nov. 1901.
- LAUNOIS. — L'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale. *Presse Médicale*, 1898, 3^e série, XV.
- *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1889.
- LAUNOIS et BENSAUDE. — De l'adénolipomatose symétrique. *Bulletin et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1898, 3^e série, XV.
- *Presse Médicale*, 1898, p. 293-298.
- *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. XIII, 1900.
- *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1901.
- LAURENTIER et VALDIGUÉ. — Lipomatose et hypercholestérinémie. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 291, mai 1927.

- LÉRI (André). — Lipomatose symétrique des extrémités. *Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, séance du 11 février 1926.
- LOEPER, PERRAULT et PARROT. — Lipomatose symétrique multinodulaire mésosomatique. Forme à début aigu avec troubles digestifs et phénomènes vasomoteurs associés. *La Documentation Médicale*, juin 1937.
- LOEPER et NATTAN-LARRIER. — Tumeurs multiples sous-cutanées. *Clin. Médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1906, p. 297-315.
- LYON. — Adiposis and Lipomatosis. *Archives Internat. Medec. Chicago*, 1910, p. 28-120.
- MAC CORMAC. — *St. Thomas Hospital Reports*, 1884, XIII, p. 287.
- MADELUNG. — *Archiv. f. Klin. Chir.*, XXXVII, 1888, p. 106. 59^e Congrès des Naturalistes Allemands, *Centralblatt für Chirurgie*, n° 44, 1886.
- MARCAIS. — *Th. Paris*, 1894.
- MARTIN. — *Paris Médical*, 9 août 1913.
- MATHIEU. — *Archives Générales de Médecine*, 1884 et nov. 1885.
- MAY, FOU LONG et KIPFER. — *Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris*, 12 mars 1937.
- MÉNÉTRIER, BÉNARD et DERVILLE. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris* 1924, p. 1064-1071.
- MERKLEN, WAITZ et WARTER. — Nodules sous-cutanés chez les rhumatisants chroniques. *Presse Médicale*, 21 mars 1936, p. 473-477.
- MICHON. — *Presse Médicale*, 18 avril 1936.
- MILIAN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1895, p. 1273.

- MILLER (J. K.). — Multiple symmetrical Lipomatosis.
J. A. M. A., 106 : 2059, 2060, jan. 13, 36.
- MOLLARD et CHATTOT. — *Bull. et Mém. Soc. Hôp. Lyon*,
17 mars 1908, p. 190.
- MOLLARD et PETITJEAN. — *Revue de Médecine*, mars
1907, p. 276.
- MOREIRA DA FOUSECA. — *Nutrition*, n° 5, 1933, p. 569.
— *Bresil Med.*, 1917, XXXI, p. 228.
- PAGNIEZ. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Paris*, 28 juin
1912.
- PATON. — *Soc. Méd. de Rouen*, 1894, p. 24.
- PONCET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de
Paris*, séance du 20 avril 1910, p. 405-407.
— *Semaine Médicale*, 1907, p. 167.
- PONCET et LERICHE. — *Bull. de l'Académie de Méde-
cine*, avril 1907, p. 418.
- POZZI (M.). — Lipomatose symétrique. *Bull. et Mém.
de la Soc. de Chirurgie de Paris*, séance du
13 avril 1910, p. 394.
- QUEINNEC. — *Th. Paris*, 1902-1903.
- QUÉRY. — *Th. Paris*, 1901-1902.
- RATHERY et LÉON BINET. — Deux cas de lipomatose sy-
métrique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*
séance du 26 juillet 1912, 3^e série, XXXIV, p. 204-
210.
- RATHERY, Mlle BESSON, L. BINET. — *Thèse de Blind-
mann*, Paris, 1913-1914.
- RECLUS. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 4 déc. 1901, 24 mai
1905.
- REHNS. — *Th. Paris*, 1897-1898.
- RENDU. — *Soc. Méd. Paris*, 4 mars 1892, p. 199.

ROCH. — *Bull. Méd.*, 2 sept. 1911.

— Un cas de lipomatose symétrique. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1908, p. 255-275.

— Lipomatose multiple circonscrite des avant-bras, des cuisses, de la ceinture. *Rev. de Méd. de Paris*, 1908, p. 540-560.

ROCHEGUDE. — *Th. Lyon*, 1938.

ROUSSEL. — *Th. Lyon*, 1906.

ROUYÈRE. — *Th. Bordeaux*, 1915.

SÉNAC. — *Th. Paris*, 1884-1885.

SIREDEY. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 30 juin 1892.

TAPIE. — *Th. Paris*, 1899.

TARGOWLA. — *Ann. Méd. Psychique*, 1891.

TCHERKASSOF. — *Wratchebnia Zapiski*, 23 nov. 1895.

TERRON. — *Th. Montpellier*, 1908.

THIROLOIX et SALGET. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1908, 3^e série, XXV, p. 899-903.

THIERS (J.). — Lipomatose symétrique des extrémités. *Concours Médical*, 25 sept. 1932.

THOMAS (A.). — *Presse Médicale*, 9 mai 1929.

TUFFIER. — *Soc. Chirurgie*, 13 janvier 1904.

VIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs*, t. I.

WILLIAMS. — *Transactions of the Pathological Society*, 1890, p. 289.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	13
HISTORIQUE.	15
Observation.	21
Etude clinique	27
Pathogénie.	33
Diagnostic.	43
Pronostic et traitement	49
CONCLUSIONS.	51
BIBLIOGRAPHIE.	53

